

Soziale Arbeit und Gemeindepsychologie als Fundamente der Gesundheitsförderung

Zurhorst, Günter

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Zurhorst, G. (1997). Soziale Arbeit und Gemeindepsychologie als Fundamente der Gesundheitsförderung. *Journal für Psychologie*, 5(3), 13-21. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-29106>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Soziale Arbeit und Gemeindepsychologie als Fundamente der Gesundheitsförderung - Wider den Verlust des Sozialen in der Gesellschaft

Günter Zurhorst

Zusammenfassung

Gesundheitsförderung im Sinne des Lebensweisen-Ansatzes der Ottawa-Charta hat sich in erster Linie an den gesundheitlichen Problemen des untersten Fünftels der Bevölkerung zu bewähren, was die Erkenntnis beinhaltet, daß gesundheitliche Ungleichheit und soziale Demokratie unvereinbar sind. An diesem Anspruch wird nicht nur das bisherige Handeln der offiziellen Gesundheitspolitik und der Krankenkassen gemessen, sondern es wird vor allem diskutiert, inwiefern diese Zielsetzung eine wissenschaftliche Fundierung der Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit und Gemeindepsychologie statt in der Biomedizin oder den meist traditionell-akademischen und kognitivistisch orientierten Gesundheitswissenschaften erfordert.

WAS HAT SOZIALE ARBEIT MIT DEM GESUNDHEITSTHEMA ZU TUN ?

Das Gesundheitsthema war von Anfang an ein zentrales und - mehr oder minder - direktes Anliegen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Denn massive gesundheitliche Probleme breiter Massen der Bevölkerung in den industriell-kapitalistischen Gesellschaften des 19. Jahrhunderts hatten unmißverständlich die Grenzen zumutbaren Leidens markiert. So unterschiedlich die Vorstellungen über Gesundheit und die Möglichkeiten ihrer Erhaltung und Förderung im sozialgeschichtlichen Epochen-Rückblick auch waren: Im 19. Jahrhundert wurde Gesundheit zu einem sozialen Kampfbegriff, der die Zusammenhänge von gesellschaftlichen Strukturen und menschlicher Verelendung anprangerte. Der Begriff der Verelendung schloß die Erfahrung ein, daß - wie McKeown (1982) und Sagan (1992) später mit ihren Forschungen bestätigen sollten - Krankheiten niemals rein medizinische Probleme waren bzw. sind,

sondern immer auch wichtige materielle, soziale und psychische Dimensionen aufweisen.

Die auf diesem Hintergrund zu Beginn des 20. Jahrhunderts entstandene sozialepidemiologische Forschung, die bei allen wichtigen gesundheitlichen Problemen in der Bevölkerung einen sozialen Gradienten nachweisen konnte, wurde in Deutschland durch den Faschismus liquidiert. Aber auch in den beiden deutschen Staaten nach dem Zweiten Weltkrieg blieb diese Forschung chancenlos: In der BRD war sie aufgrund der sozialstaatlichen Entwicklung angeblich überflüssig, konnte doch jeder Bürger, egal ob arm oder reich, mit einem Krankenschein alle Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen. In der DDR, die sich als Arbeiter- und Bauernstaat verstand, war es aus anderen egalitären Gründen verpönt, daß es gesundheitliche Ungleichheit im eigenen Staat geben sollte (Abholz 1994; Kunzendorff 1994).

Dennoch blieb der Gesundheitssektor ein bedeutsames Tätigkeitsfeld Sozialer Arbeit. Heute sind in der BRD ca. 25 % aller Sozialarbeiter/innen in diesem Bereich beschäftigt (Waller 1993, S.88; Maschewsky 1996, S.266 ff.). Er umfaßt z.B. Gesundheitshilfe und Gesundheitspflege, gesundheitliche Problembereiche in der Arbeit, Freizeit und Umwelt, Probleme in den verschiedenen Lebensphasen von Kindheit, Jugend und Alter sowie verschiedene Institutionen wie ÖGD, Beratungsstellen, Krankenhaus, Betrieb, Schule etc. (Oppl/Weber-Falkensammer 1986).

Starke neue Impulse im Bereich von Gesundheit/Krankheit erhielt die Soziale Arbeit durch verschiedene Entwicklungen, von denen hier drei kurz umrissen werden sollen.

Zum einen geht es dabei um Versuche, die Funktion Sozialer Arbeit im Rahmen der »Risikogesellschaft« (Beck) neu zu bestimmen. »Eine moderne Funktionsbestimmung sozialer Arbeit basiert auf der Kenntnisnahme vervielfältigter Normalitätsvorstellungen und auf der Reflexion ungleich verteilter Chancen der Realisierung selbstbestimmter Lebensentwürfe. Während herkömmliche Klassifizierungsmodelle sozialer Ungleichheit an Erklärungsrelevanz hinsichtlich der Verallgemeinerungsfähigkeit von Aussagen zu Problemlagen verloren haben, die Adressaten und Adressatinnen Sozialer Arbeit in ihren Lebensentwürfen diesen Schichtungsmodellen gleichsam entzogen sind, werden sie in dem Bemühen, sinnstiftende Lebensentwürfe zu praktizieren, mit den Folgen von Individualisierungsprozessen wiederum an Ungleichheitsstrukturen zurückgebunden. Wenn der potentielle Zuwachs an individuellen Freiheiten in der Moderne nicht umschlagen soll in die Ungleichheiten fremdbestimmter, institutionalisierter Lebensläufe, muß sich Normalisierungsarbeit als Gewährleistung subjektorientierter Lebenspraxen verstehen« (Böllert 1995 S.187). In diesem Sinne muß Soziale Arbeit präventiv ausgerichtet sein: Es geht um die Frage, inwiefern bei den Adressat(inn)en bereits von selbstbestimmten Lebensentwürfen ausgegangen werden kann und in welchem Umfang Soziale Arbeit die strukturellen und personalen Grundlagen für ihre Ermöglichung zur Verfügung zu stellen hat. Und in diesem Zusammenhang stellt sich das Gesundheitsthema in einem weitaus bedeutsameren und umfangreicheren Sinne als bisher.

Zum zweiten stellte sich wider allen regierungsamtlichen Verlautbarungen heraus, daß es eine sich beschleunigende »neue Armut« (Bieback/Miltz 1995) in Deutschland gibt samt den zugehörigen gesundheitlichen Belastungen vor allem für die Gruppen der Kinder, Jugendlichen, Alleinerziehenden, Alten und Obdachlosen (Mielck 1994).

Armut und Krankheit bilden stärker als zuvor eine destruktive Spirale, wobei im Blick behalten werden muß, daß Reichtum keineswegs automatisch Gesundheit bedeutet. Die alte Gleichung von Krankheit und materieller Armut geht längst nicht mehr auf. Armut ist in Zeiten reflexiver Modernisierung zudem wesentlich vielfältiger als die traditionelle Einkommensarmut, und zur Krankheit gehören nicht nur somatische, sondern auch soziale und psychische Dimensionen.

Drittens schließlich hatte die WHO aufgrund der enormen gesundheitlichen Probleme in der Welt und insbesondere mit Blick auf die riesigen (Finanzierungs-) Probleme der Gesundheitsversorgungssysteme in den hochindustrialisierten Ländern ein höchst ehrgeiziges Konzept der Gesundheitsförderung entwickelt, das sowohl theoretisch wie methodisch aus Konzepten der Sozialen Arbeit abgeleitet worden war (Böllert 1989). Die in der Ottawa-Charta von 1986 niedergelegten Grundsätze lösten eine intensive Debatte über das Verhältnis von Gesundheitsförderung, Gesundheitswissenschaften (Old/New Public Health) und Sozialer Arbeit aus (Franzkowiak/Wenzel 1989; Keil/Milles/Müller 1991), die auch in absehbarer Zeit nicht abgeschlossen sein wird.

SOZIALE ARBEIT UND GEMEINDEPSYCHOLOGIE

Hinsichtlich des eben umrissenen umfangreichen Gesundheitsthemas haben Gemeindepsychologie und Soziale Arbeit denselben Ausgangspunkt. »Psychologisches Handeln in der Risikogesellschaft« (Keupp 1994) begreift »das psychosoziale Wohlbefinden und die verschiedenen Formen psychosozialen Leids als Ergebnis des transaktionalen Zusammenwirkens von subjektiven Wünschen, Bedürfnissen und Ansprüchen eines Subjektes und den durch seine jeweiligen Lebensbedingungen gegebenen psychosozialen, sozialen und materiellen Ressourcen« (Keupp 1994, S. 18). Die damit angesprochene Abkehr vom »klinischen

Blick«, die Aneignung sozialegpidemiologischer Forschung, die Auseinandersetzung mit Gemeindepsychiatrie und vor allem auch Gemeinwesenarbeit (Klöck 1994) weisen auf eine Interventionspraxis hin, die auf die Unterstützung und Förderung verlässlicher Netze sozialer Beziehungen zielt. Zentral ist dabei der Empowermentgedanke, die professionelle Förderung der Selbstorganisation, die mit dem Leitbild eines »reflexiv-kommunitären Selbst« (Keupp 1996) einhergeht.

Moderne Soziale Arbeit und Gemeindepsychologie konvergieren also in dem Projekt der »aktiven Gestaltung von Lebensweisen« (Böllert 1995 S.154), d.h. der Abkehr von einer paternalistischen, defizit-orientierten Idee einer Notversorgung der Armen, Schwachen und Kranken hin zur Idee der Förderung und Schaffung der Ressourcen zur sozialen Selbstgestaltung. Dies weist direkte Bezüge zum Konzept der Gesundheitsförderung auf.

GESUNDHEITSFÖRDERUNG - EIN SOZIALES PROJEKT GEGEN DIE DESTRUKTION DES SOZIALSTAATES

Fast täglich kann man in den Zeitungen lesen, wie Akte der Destruktion des Sozialstaates als dessen »Rettungsversuche« verkauft werden. Dies betrifft in entscheidender Weise auch das Gesundheitssystem. Da seit langem feststeht, daß die heute weitverbreiteten Volkskrankheiten mit den Mitteln kurativer Medizin nicht geheilt werden können, die Schichtabhängigkeit von Morbidität und Mortalität deutlich nachweisbar ist und hinsichtlich der Kosten unbestritten ist, daß eine weitere Steigerung des Ausgabenvolumens für medizinische Leistungen keinesfalls zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung führt, läge es eigentlich nahe, eine Umorientierung in Richtung Prävention und Gesundheitsförderung vorzunehmen (Kleiber 1992). Stattdessen ist es erklärtes Ziel der Gesundheitspolitik, die bestehende Krise mit den Mitteln der Ökonomisierung

und Monetarisierung, der Privatisierung und Hegemonie der Biomedizin (Rosenbrock 1996) »lösen« zu wollen. Gesundheit soll durch und durch am Markt käuflich sein, und wer das notwendige Geld dazu hat, kann seine Lebenserwartung durch Käufe beim »Ersatzteillager Mensch« (Kimbrell 1994) steigern. Auf diese Art entziehen sich Staat und Unternehmer der sozialen Verantwortung. Die Auflösung des sozialen Modells in Deutschland schreitet rapide voran, mit allen brisanten politischen Konsequenzen.

Dabei schien es für einen Augenblick so, als habe die Regierungspolitik ansatzweise eine Orientierung auf Prävention und Gesundheitsförderung vorgenommen (z.B. 8. Jugendbericht, § 20 SGB V, KJHG, SGB VII).

Im Geist von Ottawa wurden z.B. AIDS-Prävention betrieben, Netzwerke für schulische Gesundheitsförderung aufgebaut, betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme entwickelt und Forschungsverbünde zur Entwicklung der Gesundheitswissenschaften eingerichtet. Doch in der Praxis verkam die Gesundheitsförderung, die von den zu »Gesundheitskassen« mutierten Krankenversicherungen bezahlt wurde, im seriöseren Teil zu einer traditionellen Gesundheitserziehung. Zielgröße der Kassen blieb der Nichtraucher, der nur wenig Alkohol trinkt, sich vollwertig ernährt und sich regelmäßig bewegt. Die Begriffe »Prävention« und »Gesundheitsförderung« gerieten ins Schwimmen. Die Kassen, bar jeden Wissens um das wirkliche Anliegen der Gesundheitsförderung, betrachteten diese als Marketingstrategie im Wettbewerb und beauftragten haufenweise fachunkundiges Personal, das Gesundheitsförderung mit Animation verwechselte und von verantwortlicher Indikationsstellung für Kursteilnehmer keinen Schimmer hatte. Die Fitneß- und Wellneß-Bewegung begann zu boomen (Kühn 1993). Selbst jeder Arzt nahm für sich in Anspruch, ein »Gesundheitsförderer« zu sein. Und in den massen-

weise angebotenen Gesundheitskursen aller möglichen Bildungsträger tauchten gestreßte Mittelschichtsangehörige auf, um sich Themen der Ernährung, Bewegung, Entspannung etc. zu widmen. Die Bundesregierung nutzte die Gunst der Stunde, um mit den sattsam bekannten polemischen Argumenten vom bezahlten »Bauchtanzkurs« und vom angeblichen »Freizeitpark Bundesrepublik« sich aus dem Präventions- und Gesundheitsförderungskurs zu verabschieden.

Doch statt nun ins Lamentieren zu verfallen, wäre es meines Erachtens viel angebrachter, den Ruf laut erschallen zu lassen: »Die Gesundheitsförderung nach §20 SGB V ist tot. Es lebe die Ottawa-Charta!« Denn es steht außer Frage, daß es das unterste Fünftel der Bevölkerung ist, welches der Ottawa-Charta zufolge die entscheidende Bewährungsprobe für das gesamte Gesundheitsförderungskonzept darstellt. »Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit gerichtet. Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen«, heißt es in der Charta (Franzkowiak/ Sabo 1993, S.97). Gesundheitliche Ungleichheit und soziale Demokratie sind also unvereinbar, Gesundheit ist eine entscheidende Vorbedingung für eine demokratische Gesellschaft. Von daher ist klar, daß Gesundheitsförderung nichts mit »fit for fun« oder esoterischem Hokusfokus zu tun hat, sondern ein Projekt ist, das dem Verlust des Sozialen entgegenwirken will. Es erteilt allen Bestrebungen eine Absage, die im Ökonomismus und in der Hegemonie der Biomedizin die Lösung der Gesundheitsprobleme sehen. Noch einmal dazu die Ottawa-Charta: »Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaf-

fen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, daß man sich um sich selbst und für andere sorgt, daß man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, daß die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen« (Franzkowiak/ Sabo 1993, S. 99 f).

Es soll aber hier nicht verschwiegen werden, daß die WHO selbst nicht ganz unschuldig ist an der Unklarheit und Verwaschenheit der Begriffe und Konzepte (Trojan/Stumm 1992, S. 336 ff). So adressiert sie ihre Charta z.B. an alle und niemanden, berücksichtigt keine sozialen Interessenkonflikte, entwickelt utopische Zielsetzungen (»Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000«), kann zentrale Konzepte nicht operationalisieren (wie z.B. »Lebensweise«) und verwendet einen positiven Gesundheitsbegriff (»Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen«), der ähnlich dem Begriff »Freiheit« in seinen Dimensionen so weit zu klären wäre, daß er für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen überhaupt relevante Aussagen gestattet. Vielleicht können hier Theorien und Methoden der Sozialen Arbeit behilflich sein.

DIE MODELLFUNKTION SOZIALER ARBEIT FÜR DIE GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Zunächst zwei Vorbemerkungen! Vielleicht ist in den bisherigen Ausführungen bereits angeklungen, daß sich die Gesundheitsförderung vom Selbstverständnis der sich etablierenden Gesundheitswissenschaften, zumal der naturwissenschaftlich orientierten akademischen Gesundheitspsychologie (z.B. Schwarzer 1990), erheblich unterscheidet. Denn Gesundheitsförderung ist im Kern handlungswissenschaftlich orientiert, auf bestimmte Ziele, Adressaten und »akti-

ves, anwaltschaftliches Eintreten« (Franz-kowiak/Sabo 1993, S. 97) mit bestimmten Methoden (Handlungsqualifikationen und Handlungsstrategien) ausgerichtet. Es wäre daher irreführend, Gesundheitsförderung als »angewandte Gesundheitswissenschaft« zu bezeichnen.

Als handlungswissenschaftliches Konzept wiederum unterscheidet sich die Gesundheitsförderung mehr oder minder eindeutig von anderen handlungswissenschaftlichen Ansätzen, wie z.B. der Prävention (Badura 1992), denn diese bleibt auch in ihrer primären Variante an der Dominanz des biomedizinischen Krankheitsmodells und dessen Risikogruppenstrategie orientiert (Waller 1996, S. 134ff.). Die entscheidenden Merkmale der Gesundheitsförderung sind demgegenüber ein sozialwissenschaftliches Gesundheitsmodell, der salutogenetische Ansatz (Antonovsky) sowie die Empowerment-Strategie (Stark 1996; Theunissen/Plaute 1995). Dies weist wiederum auf eine starke Korrespondenz von Gesundheitsförderung und Gemeindepsychologie (Keupp 1992) hin, was hier aus Platzgründen nicht weiter dargelegt werden kann.

Im folgenden wird die These aufgestellt und diskutiert, daß es vor allem die Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit ist, die Modellfunktion hat bzw. Fundierungsaufgabe für die Gesundheitsförderung ist. In diesem Zusammenhang werden vor allem die Fragen nach den anthropologisch-normativen Grundlagen, den angemessenen sozialwissenschaftlichen Theorieansätzen und auch den effektiven praktischen Handlungsmethoden kurz angeschnitten werden.

Mit der These von der Modellfunktion der Sozialen Arbeit soll nicht bestritten werden, daß Gesundheitsförderung auch von anderen Gesundheitsberufen (z.B. Pflegern, Psychologen, Lehrern, Laien, Ärzten) betrieben wird bzw. werden kann und soll. Behauptet wird nur, daß alle diese Gruppen implizit

oder explizit auf Konzepte Sozialer Arbeit zurückgreifen, sofern sie Gesundheitsförderung praktizieren (wollen).

Was ist eine anthropologisch gut begründete Gesundheitsnorm ?

Wie schon dargestellt, geht die Ottawa-Charta in deutlichem Gegensatz zum negativen Gesundheitsbegriff des biomedizinischen Krankheitsmodells (»Gesundheit ist Abwesenheit von Krankheit«) von einem strikt positiven Gesundheitsbegriff aus. Gegen diese einfache Umkehrung und Dichotomisierung (Gesundheit versus Krankheit) wurde nicht nur der Vorwurf einer »schlechten Utopie« erhoben, sondern auch ein »Recht auf Krankheit« geltend gemacht. Anthropologisch gesehen können Krankheit und Leiden aus dem menschlichen Leben nicht verbannt werden und müssen hinsichtlich ihrer personalen und sozialen Schutzfunktion wie auch in ihrer Bedeutung für die Förderung menschlicher Entwicklung ernst genommen werden. Ansonsten würde dem gefährlich-naiven Machbarkeitswahn des biomedizinischen Modells - und hier besonders den neuen Entwicklungen der prädiiktiven Medizin (Bott 1992) - in die Hände gearbeitet, die es zudem zum Programm erhoben haben, dereinst alle sozialen Konflikte mit gentechnologischen Strategien beseitigen zu können (Beck-Gernsheim 1994).

Auch darf der innere Zusammenhang von Krankem und Krankheit im Krank-Sein genauso wenig ausgeblendet werden wie der innere Zusammenhang von Gesundem, Gesundheit und Gesund-Sein (Keil 1995). Soziale Arbeit verfügt hier über einen wichtigen Erkenntnisvorsprung, da sie sich immer schon zentral mit Problemen der Devianz und dem Spannungsverhältnis von gelingendem/mißlingendem Leben auseinandergesetzt hat. Dieser Vorsprung besteht in dem Wissen, daß Gesundheit nicht mit der herrschenden Normalität gleichgesetzt werden darf, daß es immer eine Gesundheit in der Krankheit und eine Krankheit in der Ge-

sundheit gibt und daß eine Gesundheitsnorm nur im Ausgang von den verelendeten und kommunikationslosesten Menschen in der Gesellschaft entwickelt werden kann, will man nicht zu idealistisch-doktrinären Setzungen gelangen (Dörner 1988). Die unkritische Setzung einer positiven Gesundheitsnorm, wie z.B. auch in den kognitivistischen oder persönlichkeits-theoretischen Varianten des salutogenetischen Modells (Becker 1995), läuft Gefahr, ein elitäres Denken zu befördern.

Besonders wichtig ist nun, daß die Ottawa-Charta eine Verbindung zwischen Gesundheit und Selbstbestimmung herstellt. Gesundheit, so die Intention, ist kein Lebensziel an sich: »In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. ... Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluß nehmen können« (Franzkowiak/Sabo 1993, S.96f).

Damit ist klar gesagt, daß der Akzent nicht pädagogischer, sondern sozialpolitischer Natur ist: weg von Appellen und Maßnahmen für einzelne Personen, hin zur Veränderung von Person-Umwelt-Konstellationen. Dies heißt aber nicht, daß die Ebene des Persönlichen oder Subjektiven keine Rolle spielte. Ganz im Gegenteil beinhaltet die Vorstellung der Selbstbestimmung, daß es um ein reflektiertes Verhältnis des einzelnen zu seiner Gesundheit geht, um die Entwicklung einer eigenen Lebenskunst und nicht um einen oberflächlichen Aktivismus der Fitneß und Arbeitskrafterhaltung für die nächsten Wochen.

Aus diesem Grunde macht es keinen Sinn, die Verhaltens- und Verhältnisebene bzw. die individuelle Persönlichkeits- und gesellschaftliche Strukturebene gegeneinander auszuspielen, wie dies leider z.B. auch in der Gemein-depsychologie (Lenz 1996) anzutreffen ist.

Welche sozialwissenschaftliche Theorie ist angemessen?

Dem Text der Ottawa-Charta ist leicht zu entnehmen, daß bestimmte Spielarten der sozialökologischen Systemtheorie (Bateson) Pate gestanden haben. Im Mittelpunkt steht dabei der »settings-Ansatz«: Ansatzpunkt für Interventionen ist nicht das unmittelbare Verhalten von einzelnen Personen, bestimmten Zielgruppen oder politischen Akteuren, sondern das jeweilige person-, organisations- und institutionsbezogene setting. Diesem systemischen Denken, das alle gesundheitlich bedeutsamen Problem-ebenen - von der Mikroebene der Körperzellen bis zur politischen Systemebene - in einem einheitlichen hierarchischen Mehr-Ebenen-Ansatz umfassen möchte, korrespondiert das »Lebensweisenkonzept« der WHO. Es stellt den Versuch dar, »das Individuum nicht mehr als Verhaltenssünder, sondern primär als soziales Wesen ins Blickfeld der Gesundheitsförderung« (Trojan/Stumm 1992, S. 344) zu bekommen, also Einfluß auf die strukturellen Verhältnisse in einem bestimmten Lebensbereich zu nehmen, wobei deren Vernetztheit mit anderen Bereichen (Intersektoralität/Multi-disziplinarität) betont wird.

Die Schwierigkeiten, diesen Begriff der Lebensweise, der nebenbei gesagt ein wenig an den fehlgeschlagenen Begriff der »sozialistischen Lebensweise« der DDR-Soziologie erinnert (Kühne 1978), theoretisch klar zu explizieren, um daraus Handlungsstrategien zu gewinnen, sind jedoch nicht von der Hand zu weisen. Der Begriff verheddert sich schnell im Gestrüpp ähnlicher Begriffe wie Lebensführung, Lebensstil, Lebenschancen, Lebensform, Lebenslage und Milieu (Wenzel 1986; Abel 1992; Voß 1991; Hradil 1987).

Zugleich aber, und das wiegt theoretisch schwerer, weist dieser eine kaum zu vermittelnde Widersprüchlichkeit auf: Denn einerseits soll ja aus einer systemtheoreti-

schen Perspektive das Bedingungsgeflecht für menschliche Handlungen thematisiert werden, andererseits aber auch im Sinne des Empowerment-Ansatzes ein zunehmend selbstbestimmtes Leben von handelnden Subjekten angestoßen werden (Gerhardt 1993, S. 73ff). Wie aber sollen subjektlose Systeme und höchst subjektiv handelnde Personen auf einen Nenner gebracht werden? Oder anders gefragt: Wie sollen systemische und lebensweltliche Theorieansätze zusammenpassen? Die Autoren der Ottawa-Charta unterlaufen hier die sozialwissenschaftlichen Diskussionen über die Differenz von System und Lebenswelt (Habermas), die z.B. in der Sozialen Arbeit intensiv diskutiert wird (Thiersch 1992; Böhnisch 1996; Staub-Bernasconi 1995). Im Rahmen dieses Beitrages soll nur soviel gesagt werden, daß die theoretische wie praktische Kompetenz der Sozialen Arbeit darin liegt, die handelnden Subjekte in die Gestaltung ihrer Lebensbedingungen einzubeziehen. Dazu gehört z.B., die Menschen in ihrer »Lebenswelt« (Waldenfels 1985) bzw. in ihrem situativen Kontext zu studieren und auch mittels biographischer Forschung zu verstehen, wieso Menschen auf ähnliche Lebensanforderungen mit unterschiedlichen Handlungsentwürfen antworten (Zurhorst 1985). Allein diese theoretische Perspektive beugt dem üblichen Ansinnen vor, Menschen als vorweg definierte Objekte, und d.h. als Menschen 3. Person singular/plurale, zu vereinseitigen. Dieser Punkt ist für die Gesundheitsförderung deswegen so wichtig, weil es um ein reflektiertes Verhältnis der Subjekte zu ihrer Gesundheit und nicht um eine oberflächliche Übernahme von verordneten »positiven Normen« (der Schlankheit, der Schönheit, der Fitneß etc.) geht.

Welche erprobten Handlungsmethoden stehen zur Verfügung ?

Die Ottawa-Charta nennt drei Handlungsqualifikationen (Interessen vertreten - befähigen und ermöglichen - vermitteln und

vernetzen) sowie fünf Handlungsstrategien (Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik - gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen - gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen - persönliche Kompetenzen entwickeln - Gesundheitsdienste neu organisieren). Es springt geradezu in die Augen, daß diese handlungsmethodische »Stufenleiter« derjenigen in der Sozialen Arbeit gleicht: Gemeinwesenarbeit - soziale Gruppenarbeit - Einzelfallhilfe. Diese drei Handlungsmethoden haben eine lange Tradition (Müller 1991/1992) und beinhalten eine Analysekompetenz hinsichtlich der Erschließung von Lebenswelten und Versorgungssystemen, eine Handlungskompetenz hinsichtlich Ressourcenmobilisierung und Vernetzung sowie eine personengebundene Reflexionskompetenz hinsichtlich Selbsterkenntnis und Empathiefähigkeit (Belardi 1992). Dabei steht im Mittelpunkt methodischen Bemühens stets die Frage, wie Abhängigkeit in Unabhängigkeit überführbar ist, eine Fragestellung, die ebenso das Empowermentkonzept der Gemeindepsychologie auszeichnet. Empowerment ist das direkte Gegenteil von Demoralisierung (Keupp 1992).

Für die Gesundheitsförderung heißt das im Klartext:

- statt Expertendominanz Förderung der Aktivität der Betroffenen
- statt bloßem Mitmachen bzw. Bewältigen (coping) Entwicklung der Selbstbestimmung
- statt bloßer Teilnahme Unterstützung der Teilhabe (Partizipation)
- statt Selbstbeherrschung Stärkung der Selbstgestaltung
- statt klassischer Bildungskurse niedrigschwellige Angebote für sozial Benachteiligte
- statt Privatisierung und Individualisierung von Gesundheitsrisiken Stärkung der öffentlichen Zuständigkeit

- statt konzeptionsloser Gesundheitspolitik
Verbindung von kommunaler Gesundheits-
und Sozialberichterstattung.

Die Liste ließe sich fortsetzen.

ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Die größte Gefahr in der Zukunft dürften der Gesundheitsförderung wie auch der Sozialen Arbeit und Gemeindepsychologie nicht allein durch die Destruktion des Sozialstaates drohen, sondern vor allem durch die rasante Entwicklung der Gentechnologie sowie der Reproduktions- und prädiaktiven Medizin. »Vertreter dieses Modells träumen davon, daß es gelingen könnte, gerade die das Morbiditäts- und Mortalitätspektrum bestimmenden Volkskrankheiten auf diese Weise in den Griff zu bekommen und daß geschickte Auslese ermöglichen könnte, 'umweltresistente' Menschen zu züchten. Solche Entwicklungen würden die Gesundheitsförderung auf der örtlichen Ebene mit ihren Ansätzen der Gestaltung von Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen zu einem 'Auslaufmodell' werden lassen, das allenfalls in programmatischen Papieren und einigen symbolischen Projekten überlebt« (Trojan 1996, S. 51).

Dieser - nicht zuletzt infolge der kürzlich bekanntgewordenen Klonierungsexperimente - hochaktuelle Trend stellt einen globalen Angriff auf das soziale Leben schlechthin dar. Schon deswegen muß alles unternommen werden, die Gesundheitsförderung als soziales Projekt auszubauen und zu stärken.

Literatur

- ABEL, T. (1992): Konzept und Messung gesundheitsrelevanter Lebensstile, *Prävention* 15 (1992), S. 123ff
- ABHOLZ, H.-H. (1994): Krankheit und soziale Lage - einige Gedanken zu einem in (West-)Deutschland ausgesetzten Thema. In Mielck, A. (Hg.): *Krankheit und soziale Ungleichheit*. Opladen: Leske und Budrich
- BADURA, B. (1992): Gesundheitsförderung und Prävention aus soziologischer Sicht, In Paulus, P.(Hg.): *Prävention und Gesundheitsförderung*. Köln: GwG Verlag 1992
- BECKER, P. (1995): *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle*. Göttingen: Hogrefe
- BECK-GERNSHEIM, E. (1994): Gesundheit und Verantwortung im Zeitalter der Gentechnologie, In Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (Hg.): *Risikante Freiheiten*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- BELARDI, N. (1992): *Supervision*. Paderborn: Junfermann
- BIEBACK, H.-J. & MILZ, H. (1995): *Neue Armut*. Frankfurt/New York: Campus
- BÖHNISCH, L. (1996): *Pädagogische Soziologie*. Weinheim/München: Juventa
- BÖLLERT, K. (1989): Soziale Arbeit als aktive Gestaltung von Lebensweisen. In Böllert, K. & Otto, H.-U. (Hg.): *Soziale Arbeit auf der Suche nach Zukunft*. Bielefeld: KT Verlag
- BÖLLERT, K. (1995): *Zwischen Intervention und Prävention*. Neuwied: Luchterhand
- BOTT, R. (1992): *Prädiktive Medizin - alte Eugenik im neuen Gewande*. In Trojan, A. & Stumm, B. (Hg.): *Gesundheit fördern statt kontrollieren*. Frankfurt a.M.: Fischer
- DÖRNER, K. (1988): Über die Randständigkeit des Menschen. In König, T. (Hg.): *Sartre. Ein Kongreß*. Reinbek: Rowohlt
- FRANKKOWIAK, P. & SABO, P. (Hg.) (1993): *Dokumente der Gesundheitsförderung*, Mainz: Sabo
- FRANKKOWIAK, P. & WENZEL, E. (1989): In Zukunft Gesundheit? Notizen zum einseitigen Liebeswerben der »neuen Prävention« um Sozialarbeit und Sozialpädagogik. In Böllert, K. & Otto, H.-U. (Hg.): *Soziale Arbeit auf der Suche nach Zukunft*. Bielefeld: KT Verlag
- GERHARDT, U. (1993): Lebensweisen und Gesundheitsorientierungen: Methodologische Probleme. In Gawatz, R. & Novak, P. (Hg.): *Soziale Konstruktionen von Gesundheit*. Ulm: Universitätsverlag
- HRADIL, S. (1987): *Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft*. Opladen: Leske und Budrich
- KEIL, A. (1995): Gesundheit als Provokation eines hoffenden Lebens. Krankheit als Prinzip der Offenbarung. In Göpel, E. & Schneider-Wohlfart, U. (Hg.):

Provokationen zur Gesundheit. Frankfurt a.M.: Mabuse 1995

KEIL, A., MILLES, D. & MÜLLER, R. (Hg.)(1991): Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsförderung. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag

KEUPP, H. (1992): Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit: Lebenssouveränität und Empowerment. Psychomed 4 (4), S. 244 ff

KEUPP, H. (1994): Psychologisches Handeln in der Risikogesellschaft. München: Quintessenz

KEUPP, H. (1996): Wer erzählt mir, wer ich bin? Identitätsofferten auf dem Markt der Narrationen. Psychologie und Gesellschaftskritik Nr. 80, 20. (4), S. 39 ff

KIMBRELL, A. (1994): Ersatzteillager Mensch. Frankfurt a.M.: Campus

KLEIBER, D. (1992): Gesundheitsförderung: Hintergründe, Programmatik, Ansätze und Probleme. Psychomed 4 (4), S. 220 ff

KLÖCK, T. (1994): »Empowerment« - in der Balance von Interessenorganisation und stellvertretender Einmischung als kombinierbare Prozesse der Machtbildung. In Bitzan & Klöck (Hg.): Jahresbericht GWA 5, AG-SPAK, München 1994

KÜHN, H. (1993): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung. Berlin

KÜHNE, L. (1978): Zum Begriff und zur Methode der Erforschung der Lebensweise. Weimarer Beiträge 8, 27ff

KUNZENDORFF, E. (1994): Soziale Differenzierungen in epidemiologischen und medizinsoziologischen Untersuchungen auf dem Gebiet der DDR. Gab es soziale Ungleichheit als medizinisch relevantes Problem? In Mielck, A. (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Opladen: Leske und Budrich 1994

LENZ, A. (1996): Prävention kontra Prävention? SOS Dialog, Fachmagazin des SOS-Kinderdorf e.V. 1., 15ff

MASCHEWSKY, W. (1996): »Gesundheit« im Studiengang »Pflege und Gesundheit« an der FH Hamburg - Profil- und Bedarfsschätzung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 4

McKEOWN, T. (1982): Die Bedeutung der Medizin,

Frankfurt a.M.: Suhrkamp

MIELCK, A. (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Opladen: Leske und Budrich

MÜLLER, C.W. (1991/2): Wie Helfen zum Beruf wurde. Weinheim/Basel: Beltz

OPPL, H. & WEBER-FALKENSAMMER, H. (Hg.)(1986): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, 3 Bde. Neuwied: Luchterhand

ROSENBROCK, R. (1996): Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik. Prävention 19 (2), 40 ff

SAGAN, L.A. (1992): Die Gesundheit der Nationen. Reinbek: Rowohlt

SCHWARZER, R. (Hg.) (1990): Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe

STARK, W. (1996): Empowerment. Freiburg: Lambertus

STAUB-BERNASCONI, S. (1995): Systemtheorie, soziale Probleme und Soziale Arbeit. Bern/Stuttgart/Wien: Haupt

THEUNISSEN, G. & PLAUTE, W. (1995): Empowerment und Heilpädagogik. Freiburg: Lambertus

THIERSCH, H. (1992): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Weinheim/München: Juventa

TROJAN, A. (1996): Perspektiven der Gesundheitsförderung auf örtlicher Ebene. Prävention 19 (2), 49 ff

TROJAN, A. & STUMM, B. (Hg.) (1992): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Frankfurt a.M.: Fischer

VOS, G.-G. (1991): Lebensführung als Arbeit. Stuttgart: Enke

WALDENFELS, B. (1985): In den Netzen der Lebenswelt. Frankfurt a.M.: Suhrkamp

WALLER, H. (1993): Sozialmedizin. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer

WALLER, H. (1996): Gesundheitswissenschaft. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer

WENZEL, E. (Hg.) (1986): Die Ökologie des Körpers. Frankfurt a.M.: Suhrkamp

ZURHORST, G. (1985): Die progressiv-regressive Methode. In Jüttemann, G. (Hg.): Qualitative Forschung in der Psychologie, Weinheim/Basel: Beltz 1985